

DE LA
DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE

A LAMBEAU PLANTAIRE ET EXTERNE

— **PROCÉDÉ DE NÉCESSITÉ** —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ELOI-PH. DURBESSON

Né le 4^{or} décembre 1867, à Entraigues (Vaucluse),

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Étienne, Interne des hôpitaux
et de la Clinique d'accouchements de Lyon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1895

DE LA
DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE

A LAMBEAU PLANTAIRE ET EXTERNE

— PROCÉDÉ DE NÉCESSITÉ —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ELOI-PH. DURBESSON

Né le 1^{er} décembre 1867, à Entraignes (Vaucluse),

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Étienne, Interne des hôpitaux
et de la Clinique d'accouchements de Lyon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophthalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU j.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. DEVIC et ROCHET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

L'idée première de ce mémoire appartient à M. le professeur agrégé Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille.

Des études, entreprises sur ses conseils et poursuivies avec l'aide de M. Guinard, sur les rapports évolutifs anatomo-pathologiques de la prostate et de l'appareil testiculaire, devaient dans le principe faire le sujet de notre thèse inaugurale. Des circonstances imprévues nous contraignant à clôturer nos études, il nous a paru préférable de renvoyer à plus tard la publication des résultats fort incomplets à l'heure actuelle que nous avons obtenus. C'est dans ces conditions que notre maître a bien voulu nous abandonner trois observations personnelles d'amputation totale du pied exécutées par un procédé spécial. Nous l'en remercions de tout cœur, regrettant seulement de lui apporter, en retour de son inépuisable amabilité, un

travail aussi hâtif sur un sujet qui méritait d'être longuement mûri.

En acceptant de présider notre thèse, M. le professeur M. Pollosson, nous fait plus qu'un grand honneur. Nous avons déjà eu, pendant tout un semestre d'internat, la faveur de profiter des enseignements cliniques du chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu; il nous est particulièrement agréable d'entrer *in docto corpore* sous l'égide du professeur de médecine opératoire.

Nous garderons un souvenir ému de la bienveillance avec laquelle M. le professeur Gayet nous a toujours accueilli, d'abord à notre entrée dans l'internat, ensuite pendant le temps trop court à notre gré où nous avons rempli les fonctions de chef de son laboratoire.

M. le D^r A. Carrier, médecin des hôpitaux, a bien voulu honorer son ancien interne de sa confiance, nous allions dire de son amitié. Il est de ceux dont le souvenir demeure ineffaçable parce qu'il est gravé dans le cœur autant que dans l'esprit.

M. le professeur agrégé Bard nous a toujours, soit au laboratoire d'anatomie pathologique, où il a pendant plus de deux ans dirigé nos recherches, soit dans son service de Saint-Pothin où nous avons eu l'avantage d'être son interne, témoigné un intérêt dont nous le remercions avec bonheur.

A tous nos autres maîtres dans les hôpitaux de Lyon, M. le professeur agrégé A. Pollosson, M. Rabot pour

l'internat, MM. les professeurs agrégés Levrat, Vinay et Vincent pour l'externat, ainsi qu'à nos maîtres dans les hôpitaux de Saint-Etienne, MM. Chavanis et Blanc, nous adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

En quittant quelque peu avant terme la clinique obstétricale, nous emportons le meilleur souvenir de M. le professeur Fochier. Nous prions notre maître d'agréer, avec l'expression de nos regrets pour notre départ prématuré, l'hommage de notre vive admiration pour ses leçons si personnelles et de notre reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0065

INTRODUCTION

Les tendances de plus en plus conservatrices qu'affecte depuis quelques années la chirurgie osseuse et articulaire ont eu comme conséquence de détourner quelque peu l'attention de certaines opérations radicales, pourtant universellement et à juste titre appréciées.

Au pied, par exemple, les procédés chaque jour plus nombreux d'amputations ostéo-périostées et les progrès accomplis dans la voie des résections, ont peut-être plus que dans nulle autre région été cause que les opérations anciennes ont été, sinon délaissées, au moins reléguées relativement dans l'ombre.

Nous n'en voulons pour preuve que le nombre très restreint de travaux parus dans ce dernier décennaire sur l'amputation tibio-tarsienne. Il semblait, d'ailleurs, que tout eût été dit sur cette désarticulation. Réglée dans ses moindres détails, d'une exécution moins difficile et partant moins brillante que les opérations auxquelles nous faisons

allusion ci-dessus, elle paraissait peu faite pour attirer les novateurs.

Syme et Roux, en créant leurs procédés à lambeaux talonnier et interne et plantaire, Ollier, en lui appliquant sa méthode sous-périostique, en avaient fait une opération excellente, admise comme telle par tous et au sujet de laquelle, semblait-il, nulle contestation ne pouvait s'élever, nulle idée nouvelle ne pouvait être émise.

Pour la grande majorité des chirurgiens de l'époque actuelle, désarticulation tibio-tarsienne est donc synonyme de Syme-Ollier ou de Jules Roux. C'est justice. Mais n'y a-t-il point de salut en dehors de là ? Comme il arrive souvent en pareille occurrence, l'excellence même de ces deux procédés a, par une sorte d'effet de contraste, conduit beaucoup d'excellents esprits à juger un peu sévèrement les autres modes opératoires.

En 1893, M. le professeur Poncet, dans un article de la *Revue d'Orthopédie* et dans la thèse de son élève Brugueirolle, réagissait contre cette tendance. Il démontrait que, sans pouvoir précisément entrer en parallèle avec les procédés de choix, certains procédés dits de nécessité n'en étaient pas moins d'excellentes opérations. Dans un plaidoyer des plus documentés, il défendait victorieusement la cause du procédé à lambeau antérieur, réhabilitant ainsi le *modus faciendi* autrefois choisi par Baudens.

Le but de ce modeste travail, écrit sous la pression de circonstances inattendues, avec une hâte que nous regrettons vivement, est d'essayer de faire pour le procédé à lambeau plantaire et externe, jadis réglé et exécuté par Baudens, ce que M. le professeur Poncet a fait pour le lambeau antérieur.

Il est au moins curieux de constater qu'à l'origine de ce procédé nous retrouvions encore le nom de ce chirurgien militaire « que ses contemporains civils ne me paraissent pas avoir justement apprécié ¹ » et dont les modernes s'efforcent, on le voit, de réhabiliter les errements sinon les doctrines.

Nous nous proposons, en nous appuyant sur les observations mises à notre disposition par M. le professeur agrégé Rochet, de montrer :

1° Que le procédé à lambeau plantaire et externe, fait avec une peau mince et peu favorable *a priori* pour la constitution d'une bonne étoffe est cependant susceptible de fournir d'excellents moignons;

2° Qu'il est bien préférable à l'amputation sus-mal-léolaire qu'on pourrait lui opposer.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Amputation tibio-tarsienne à lambeau externe et plantaire.*

CHAPITRE III. — *Indications et résultats de cette opération.*

CHAPITRE IV. — *Observations cliniques. — Conclusions.*

¹ Farabeuf, *Manuel opératoire.*

DE LA

DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE

A LAMBEAU PLANTAIRE ET EXTERNE

— Procédé de Nécessité —

CHAPITRE PREMIER

Esquisse historique.

L'idée d'amputer le pied en totalité suivant l'interligne tibio-tarsien remonte à une époque des plus reculées puisque nous en trouvons la mention dans Galien et même dans Hippocrate. Moins loin de nous, Fabrice de Hilden, Scultet ont également proposé cette opération.

Mais, c'est à notre compatriote Sedillier, maître en chirurgie à Rouen, que paraît remonter la première observation authentique. Pratiquée sur un enfant de douze ans, cette opération fut, au dire de Brasdor qui nous en a conservé la mention, suivie de succès. La deuxième observation de ce genre est, à notre connaissance, celle du dragon de Vacca-Berlinghieri. Vient ensuite une série malheureuse d'insuccès due à Textor. Entre temps, Rossi publiait un cas heureux où il avait exécuté l'opération d'une façon au moins originale. Ayant introduit d'avant en arrière deux fils dans l'articulation,

il en avait lié latéralement les chefs deux à deux, agissant ainsi par écrasement linéaire.

A peu près complètement abandonnée en France, de 1817 à 1840, l'amputation tibio-tarsienne fut à ce moment remise en honneur par Baudens qui, dès cette époque, proposa comme procédé de choix le lambeau dorsal. Malgaigne est le premier auteur qui, en 1834, paraît avoir eu cette notion capitale de la préférence à donner à un lambeau talonnier. Nous disons : paraît, car le texte de ce chirurgien est si obscur, que Hancock a pu, sans injustice, revendiquer pour Syme, d'Edimbourg, ce procédé opératoire. Dès 1842, cet auteur pratiqua en Angleterre un nombre considérable de désarticulations du pied avec lambeau talonnier. Il fut, en outre, assez heureux pour enseigner cette opération à Chélius, fils, et ce dernier s'en fit, en Allemagne, l'apôtre et le vulgarisateur.

Dès lors la cause était gagnée, et nous voyons, les années suivantes, éclore de toutes parts une série de travaux sur la question. Sabatier décrit son procédé circulaire. Blandin relate (*Ann. de thérapeut.*, 1846) un cas d'amputation avec deux lambeaux latéraux pour carie du pied; le résultat fut loin d'en être satisfaisant (fistules ayant persisté cinq mois, marche impossible).

Mais la même année, Morel et Jules Roux décrivent, chacun de leur côté, le procédé à lambeau interne et plantaire qui a conservé le nom de ce dernier. L'opération était dès lors complètement acclimatée en France.

Toutefois, malgré l'excellence reconnue des procédés de Syme et de J. Roux, nous voyons encore quelques chirurgiens s'engager dans une autre voie.

Soupart, en 1847, décrit ses quatre procédés : lambeau

antérieur, lambeau postérieur, lambeau interne, lambeau externe, avec préférence donnée à ces deux derniers. Mackensie, Sédillot, décrivent un procédé à lambeau quadrilatère.

En 1848, Baudens exécute avec succès une amputation à lambeau plantaire et externe.

Les travaux parus depuis lors s'attachent surtout à préciser les indications de ces diverses opérations ou à préconiser quelques modifications d'importance d'ailleurs fort variable. Les thèses de Vaquez (Paris, 1859), de Flamain (Paris 1869), de Gross (th. d'agrég., Strasbourg) et, plus près de nous, la thèse de Labouesse (Bordeaux, 1889, marquent assez bien les étapes diverses parcourues par la question et auxquelles s'attachent les noms de Legouest, de Guérin, de Delorme, de Chauvel, de Drouet (de Rochefort), de Gras (de Brest), etc...

Enfin une modification qu'on ne saurait passer sous silence parce qu'elle a réalisé un progrès considérable, c'est la méthode sous-périostée introduite, dès 1865, par M. Ollier dans la pratique de la désarticulation tibio-tarsienne, et qui donna des résultats inconnus jusqu'alors au point de vue de la facilité de la décortication talonnière et de la solidité du moignon ¹.

Comme on le voit, d'après cette rapide esquisse, l'histoire des amputations totales du pied, pour être fertile en procédés opératoires, n'est pas riche en observations où l'on nous montre les extrémités osseuses recouvertes avec des téguments pris à la face externe de la région. Si l'on en excepte les cas à lambeaux latéraux de Rossi et de

¹ V. *Traité des Résections*, t. III, *Résection du pied*.

Blandin rapportés plus haut, et la proposition émise, sans fait à l'appui, par Jobert (*Gaz. des hôpitaux* 1847), de tailler un lambeau à la partie antérieure et externe du dos du pied, il ne nous reste guère¹ que la description de Soupart et l'observation de Baudens.

On nous permettra de revenir maintenant avec quelques détails sur ces dernières.

Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1848 (p. 90), on lit sous la signature de Didiot, élève de Baudens au Val-de-Grâce, les lignes suivantes :

¹ D'ailleurs, les observations ci-dessus ne se rapportent qu'à demi à notre sujet. Les opérés auraient dû, en effet, marcher sur les téguments externes qui, chacun le sait, sont minces, mal matelassés, impropres à supporter une pression prolongée.

Au contraire, dans l'opération que nous venons préconiser, c'est sur la peau plantaire, solide et bien étoffée, que s'appuie le membre. Les téguments externes constituent seulement l'attache du volet, le pédicule large du lambeau.

Il peut paraître singulier que personne n'ait jamais songé à employer un pareil mode opératoire. On s'est peut-être, un peu *a priori*, laissé arrêter par la crainte d'une mortification secondaire par insuffisance de vascularisation. Peut-être aussi a-t-on négligé de publier de semblables observations. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pu, malgré des recherches bibliographiques attentives, trouver dans la science, en dehors des faits de Baudens et de Soupart, des cas se rapportant même de loin aux nôtres. Flamain (*loc. cit.*) en signale un à lambeau externe et postérieur qu'il attribue à Valette, mais dont nous n'avons pu retrouver la trace. Le texte renvoie au n° 5 des observations. Or, dans le tableau de ces dernières, le n° 5 répond à une opération de Syme. Par contre, au n° 16, il est fait mention d'une amputation du pied pratiquée par Valette, mais avec lambeau postéro-interne.

« M. Baudens vient de pratiquer pour la sixième fois, et avec succès, l'amputation tibio-tarsienne.

« Dans le cas actuel, l'altération profonde des parties molles l'a forcé à prendre ailleurs que dans la région dorsale du pied le lambeau destiné à masquer la surface osseuse ; cette nécessité l'a contraint de modifier si profondément sa manière d'opérer, que celle que nous allons décrire peut et doit être présentée comme un deuxième procédé opératoire. Ce fait démontre une fois de plus, comme M. Baudens le répète souvent dans ses leçons, qu'il faut posséder plus d'une manière de faire les amputations, qu'il est indispensable de connaître plusieurs méthodes opératoires et de se les rendre toutes familières pour les cas particuliers et assez fréquents où l'opération doit sortir des voies les plus habituelles.

« Les généralités étant posées, nous allons rapporter l'observation qui nous les a suggérées ¹...

« Avant de prendre le couteau, M. Baudens avait tracé à l'encre, pendant que le malade était encore au lit, le patron du lambeau qu'il voulait conserver. Une première ligne, partant de la saillie postérieure du cinquième métatarsien est conduite transversalement sur la plante du pied jusqu'à son bord interne correspondant où elle s'arrête ; une deuxième ligne tirée d'arrière en avant sur le bord interne du pied à partir de l'extrémité la plus reculée de la face interne du calcanéum et venant aboutir à la saillie du premier cunéiforme, indique la limite interne du lambeau sous-pied.

« Ainsi circonscrit, le lambeau plantaire n'a pas moins

¹ Voir au chap. IV l'observation complète.

de cinq travers de doigt d'avant et arrière; il a, comme on le voit, toute la largeur possible. Ceci fait, M. Baudens trace à l'encre une troisième ligne à peu près semi-circulaire pour achever la séparation complète du pied. La saillie du cinquième os du métatarse, là où s'est arrêtée la limite antéro-externe du lambeau sous-pied, est le point de départ de cette ligne, laquelle se continue en passant sur le dos du pied à deux travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne, est ramenée ensuite un peu au dessous de la malléole interne et s'arrête sur la face interne du calcanéum en se confondant avec la limite postéro-interne du lambeau sous-pied. »

Soupart¹ a publié en 1847 sur les amputations à lambeaux une série de mémoires dans lesquels on peut lire :

« *Lambeau latéral externe.* — L'incision qui circonscrit le lambeau embrasse environ le 1/3 externe de la partie antérieure de l'article et des faces inférieure et postérieure du talon, en coupant le bord externe du pied, un peu en arrière de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. L'incision opposée s'étend aux deux extrémités de la première, en passant à 4 ou 5 millimètres en dessous de la malléole interne. Dans ce procédé comme dans le précédent (lambeau interne), le lambeau présente une base large et est bien fourni de tissu cellulaire graisseux qui le rend propre à supporter la pression. »

¹ *Nouveaux modes et procédés pour l'amputation des membres.* Mémoires présentés à l'Académie royale de médecine de Belgique les 31 janvier 1842 et 23 mars 1843, par le Dr F. J. D. Soupart, professeur de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale à l'Université de Gand. Bruxelles, 1847.

Et comparant, quelques lignes plus bas, ses quatre procédés entre eux (antérieur, postérieur, interne, externe), Soupart ajoute : « Nous croyons qu'on n'hésitera pas à donner la préférence aux deux derniers quand le choix sera permis. »

CHAPITRE II

Procédé à lambeau plantaire et externe.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties.

La première sera consacrée à l'énoncé de quelques notions anatomiques importantes pour l'intelligence et l'appréciation de l'opération qui nous occupe.

Dans la deuxième, nous exposerons aussi complètement que possible le manuel opératoire employé par M. Rochet, en nous attachant toutefois surtout aux points par où ce manuel opératoire diffère des procédés classiques.

§ I. — *CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES*

Nous ne nous attarderons pas à décrire les particularités anatomiques que présente l'articulation tibio-tarsienne avec ses divers ligaments, la forme et la direction de son interligne, les rapports des diverses saillies

osseuses qui l'entourent entre elles et avec les téguments. De pareilles considérations n'ont rien de spécial au procédé qui nous occupe et, par suite, ne sauraient constituer ici qu'un hors-d'œuvre.

Toutes les critiques dirigées contre les opérations dans lesquelles le lambeau est pris à la face externe du pied ont pour base essentielle le peu de vitalité qu'on attribue à ce lambeau de par les données anatomiques. L'étude un peu détaillée des plans successifs qui le constituent viendra donc ici bien à sa place.

Tout d'abord, ce lambeau (voir fig. 1) peut être divisé en deux portions : l'une située à la face interne de l'arrière-pied, l'autre située à la face plantaire.

A. Portion externe. — Nous pouvons lui distinguer quatre plans superposés.

PREMIER PLAN. — Il répond à la peau de la face externe du cou de-pied. Les téguments sont assez fins à ce niveau, moins cependant qu'à la face interne. A mesure qu'on se rapproche du tendon d'Achille, ils augmentent progressivement d'épaisseur.

DÉUXIÈME PLAN. — Nous y rangerons, avec Paulet, l'aponévrose et tout ce qui est compris entre elle et la peau, c'est-à-dire le tissu cellulaire sous-cutané, des vaisseaux et des nerfs.

Aponévrose. — Confondue en haut avec l'aponévrose jambière qu'elle continue, en bas avec l'aponévrose plantaire externe, elle contribue à former en arrière l'en-

veloppe du tendon d'Achille. Au niveau de la malléole externe, elle adhère intimement à cette saillie osseuse et s'épaissit en avant d'elle pour constituer le ligament annulaire antérieur du tarse, en arrière d'elle pour former le ligament annulaire externe du tarse.

Enfin, çà et là, l'aponévrose est perforée d'orifices qui livrent passage aux veines et aux artérioles tégumentaires.

Vaisseaux. — Ces dernières, très grêles, proviennent de la malléolaire externe. Elles s'anastomosent avec des rameaux similaires émanés des péronières antérieure et postérieure.

Les veines constituent un réseau à mailles très larges. Les postérieures s'unissent pour constituer derrière la malléole la saphène externe.

Les antérieures se rendent dans la saphène interne.

Les lymphatiques n'ont rien de spécial.

Nerfs. — Ils se réduisent d'habitude à quelques filets du saphène externe et du musculo-cutané.

Tissu cellulaire sous-cutané. — Épais en avant, et surtout en arrière de la malléole où il se charge en abondance de graisse, il est mince et lamelleux sur la malléole.

A ce niveau, il n'est pas rare, surtout chez les tailleurs, de constater une bourse séreuse véritable.

TROISIÈME PLAN. — Il est subdivisé en deux par la, malléole.

En avant, nous trouvons les tendons de l'extenseur commun et du péronier antérieur enfermés dans une gaine commune que leur fournit le ligament annulaire antérieur.

Au-dessous, se trouve la partie la plus reculée du muscle pédieux. Entre les tendons et le squelette est interposée une mince couche graisseuse.

En arrière de la malléole, nous trouvons les tendons des court et long péroniers latéraux qui se réfléchissent en avant et en bas pour gagner leurs insertions respectives. Plus loin, on arrive sur le tendon d'Achille. Comblant l'intervalle compris entre ces divers organes, se trouve en abondance du tissu adipeux.

On ne trouve pas dans cette couche plus que dans la précédente, de vaisseaux importants, mais seulement la grêle malléolaire externe et la péronière postérieure dont nous avons déjà signalé les rameaux perforants.

QUATRIÈME PLAN. — Nous nous croyons autorisé, en nous plaçant au point de vue strictement chirurgical, à décrire sous ce nom le périoste calcanéen. Nous verrons en effet, au paragraphe suivant, que la décortication périostique doit, toutes les fois que la chose est possible, faire partie de l'opération.

A part son adhérence intime au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, le périoste calcanéen ne présente rien de spécial. Son adhérence à l'os, assez considérable, est, comme partout ailleurs, très diminuée dans les ostéites. Outre la possibilité d'une régénération osseuse partielle, la conservation du périoste a cet autre avantage de donner un lambeau à surface bien nette et surtout de conserver le plus grand nombre possible de vaisseaux nourriciers dans une région où, nous venons de le voir, ils sont si peu développés.

B. Portion plantaire. — C'est la partie postérieure de la face inférieure du talon.

On sait combien le matelas qui recouvre le calcanéum est à ce niveau étoffé. Au-dessous de la peau, calleuse et dure, est un pannicule adipeux très épais, dans lequel, suivant la remarque ingénieuse de Richet, la graisse, toujours sous pression, est bien préparée pour former un coussin élastique et résistant.

Plus profondément, nous trouvons en arrière l'os, plus en avant la couche des muscles plantaires séparée du pannicule adipeux par l'aponévrose plantaire.

Enfin, nous retombons sur le périoste.

Dans ces divers plans rampent des vaisseaux et des nerfs. Les premiers, qui seuls nous intéressent, sont représentés dans la peau par les petites artères calcanéennes et par quelques veinules, dans la couche musculaire par des plexus artériels et veineux très riches.

Comme conclusion de cette étude anatomique, nous retiendrons seulement le peu de vascularisation des téguments. C'est là, nous le répétons, le reproche qu'il est classique d'adresser aux procédés à lambeau externe. Nous n'avons pas voulu le passer sous silence. Mais on nous permettra de faire observer à notre tour que les vaisseaux nourriciers sont plus grêles que rares et qu'il peut très bien se produire à la suite de l'opération des dilatations compensatrices assurant une irrigation suffisante. Ces vaisseaux seront d'autant mieux conservés qu'on aura pu plus complètement décortiquer le périoste calcanéen. Enfin, il nous semble que la largeur même de la base du lambeau constitue pour ce dernier une condition de vitalité sérieuse.

Pour ce qui est du peu de résistance aux pressions offerte par la peau de la face externe, on voudra bien remarquer que, dans les cas où l'opération peut être pratiquée suivant les règles formulées ci-dessous, c'est moins sur la peau externe que sur les téguments plantaires que marche le malade.

§ II. MANUEL OPÉATOIRE.

On conçoit qu'il serait absolument puéril de vouloir régler d'une façon rigoureuse et immuable une opération destinée à servir seulement à titre de procédé de nécessité, c'est-à-dire à être employée dans des cas où, par définition même, on fait comme on peut et non comme on veut.

La description qui va suivre doit donc être considérée, non comme l'expression de règles inviolables, mais plutôt comme une sorte de schéma directeur, modifiable suivant les exigences des cas particuliers.

Pour les mêmes raisons, nous nous garderons de donner des points de repère par trop précis.

Pour fixer immédiatement les idées, nous commencerons par dire : *le procédé à lambeau plantaire et externe est au côté externe du pied ce que le J. Roux est au côté interne*. Ceci posé, voici comment a procédé M. Rochet dans les trois cas où il a eu à employer ce lambeau, ne pouvant pas en employer d'autre. Supposons que nous ayions à désarticuler le pied gauche.

Nous n'insisterons pas sur les précautions banales applicables à toutes les amputations (soins antiseptiques, hémostase par la bande d'Esmarch, etc.).

Le pied saisi de la main gauche (pouce en dessus) est placé en extension et en adduction, tandis qu'un aide met le membre en rotation en dehors.

Premier temps. — Incision de la peau et dissection du lambeau.

La pointe du couteau est piquée à l'extrémité la plus reculée de la face interne du calcanéum, sur le bord

FIG. 1.

Tracé de l'incision.

interne du tendon d'Achille à son insertion. De là, elle est conduite d'abord directement en avant, à peu près jusqu'au niveau de l'interligne de Chopart, un peu en arrière du tubercule du scaphoïde. A partir de ce moment,

l'incision remonte sur le dos du pied en décrivant une courbe à convexité antéro-interne qui embrasse en avant l'articulation tibio-tarsienne. Dans le but de faciliter ce trajet au couteau, il faut faire passer progressivement le pied de la rotation en dehors à la rotation en dedans.

Parvenu au bord externe du pied, l'opérateur dirige la pointe verticalement ; puis, relevant le pied par les orteils, il traverse obliquement la plante pour venir rejoindre le bord interne du pied au voisinage de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, et de là, rejoindre le point de départ.

L'incision, particulièrement sur la face plantaire, doit être du premier coup aussi profonde que possible. D'ailleurs, il n'y a aucun inconvénient à repasser dans l'incision primitive, coupant tendons, muscles et ligaments, jusqu'à ce qu'on ait partout mis à nu le squelette. Ceci fait, on procède à la dissection des deux lèvres très inégales ainsi obtenues. La lèvre supérieure, attaquée en dedans est à l'aide du bistouri, ou mieux de la rugine, quand la nature des lésions (néoplasme par exemple) ne contre-indique pas cette dernière, détachée successivement de la face interne jusqu'au tendon d'Achille, et des faces inférieure et externe aussi loin que possible, en évitant avec soin des échappées dangereuses pour le lambeau talonnier. C'est le grand avantage de la rugine de favoriser le désossement du talon et de la face externe du calcanéum où la peau est si mince et si facile à crever au bistouri. Puis, la lèvre supérieure est à son tour libérée en dedans, en avant et en dehors jusqu'à l'articulation.

Deuxième temps. — Désarticulation.

Quittant alors momentanément la rugine pour le couteau, on désarticule suivant les règles classiques. Ceci fait, on renverse le pied en dehors.

Dès lors, la libération du lambeau redevient possible.

Troisième temps. — Dissection complémentaire du lambeau.

On reprend la rugine, et à petits coups, le tranchant toujours mordant dans le calcanéum, on achève la décoration de l'os ; on coupe le tendon d'Achille et on libère jusqu'à ce que le pied reste dans la main.

Il est inutile de faire remarquer que la dissection du lambeau est ici moins difficile que dans le procédé de J. Roux, puisqu'on n'a pas à se préoccuper du paquet vasculo-nerveux, rétro-malléolaire, forcément sectionné dès le début de l'incision.

Nous croyons la rugine préférable au couteau toutes les fois que l'état du squelette permet de pratiquer une amputation sous-périostée.

Quatrième temps. — Résection des malléoles. Toilette du moignon.

La résection des malléoles est aujourd'hui à peu près universellement ¹ considérée comme un temps nécessaire

¹ Cette question de la résection des malléoles a passé par des phases fort diverses. Blandin, convaincu qu'elles devaient s'atrophier après l'opération et n'espérant d'ailleurs pas obtenir un moignon capable de supporter directement la marche, les conservait pour diminuer les chances d'ostéomyélite. Depuis, des acci-

de la désarticulation du pied. Une fois le troisième temps achevé, il convient d'examiner l'état du squelette jambier. S'il est intact, on se contente d'enlever les malléoles. Dans le cas contraire, on abrase avec ces dernières une épaisseur plus ou moins grande du plateau tibial.

Ensuite, on passe à la toilette des parties molles. Les artères pédieuse et tibiale postérieure sont liées ; les tendons flottants sont réséqués. On ébarbe les parties irrégulières ; on touche au thermocautère les points suspects, etc.

Après un bon lavage antiseptique, le lambeau est alors appliqué sur l'extrémité des os et suturé. Un drain est laissé à chaque angle de la plaie. Enfin, un pansement un peu serré étant fixé, on enlève la bande d'Esmarch.

Les soins consécutifs ne présentent rien de spécial au procédé que nous venons de décrire. On verra, d'après nos observations, que la guérison opératoire peut se faire très rapidement.

dents variés du côté des parties molles, imputables à la pression localisée exercée par ces saillies (Blandin, Roux, Textor, etc.) avaient fait abandonner cette pratique. Baudens, Syme, Sédillot préconisaient l'ablation de la surface articulaire du tibia et A. Guérin, Legouest voulaient même faire porter le trait de scie au-dessus du plateau. Mais la majorité des opérateurs s'étaient ralliés à la simple résection malléolaire. La méthode d'Ollier, en faisant de l'amputation tibio-tarsienne une véritable amputation ostéoplastique, est venue faire envisager la question sous un autre jour. Dans les cas où l'état des os le permet et où le périoste paraît disposé à l'ossification (sujets de 15 à 25 ans), Ollier laisse les malléoles, comptant sur la coque périostique conservée pour combler leur intervalle (*Rev. de chirurgie*, 1891, p. 300, et *Traité des résections*, t. III).

Si nous comparons maintenant ce procédé aux procédés similaires publiés par Soupart et par Baudens, nous pouvons faire les remarques suivantes.

Le lambeau de M. Rochet présente des dimensions intermédiaires entre ceux de ces auteurs.

Celui qu'a proposé et exécuté Baudens, offre des dimensions plus considérables. Mais, ainsi que le dit explicitement ce chirurgien et que nous l'avons déjà expliqué nous-même, cela provient de ce qu'il s'était proposé, en commençant son opération, de pratiquer une amputation intra-astragaliennne et non une tibio-tarsienne. A part cela, si l'on veut bien, d'après les indications qu'il a formulées, tracer sur un pied son incision et la comparer à celle que nous avons figurée plus haut, on s'apercevra que les deux procédés sont à peu de chose près identiques.

En est-il de même de l'opération de Soupart ? Le professeur belge a intitulé son procédé : procédé à lambeau externe. A la vérité, il n'est pas facile de s'en faire une idée précise d'après le texte assez laconique et quelque peu vague de sa description. Mais si l'on se reporte aux figures qui accompagnent son mémoire (pl. XIII, fig. 4, 5 et 6), on acquiert la conviction que seule la partie la plus reculée du talon, au voisinage de la pointe, est utilisée. Le lambeau pourrait donc à la rigueur être appelé postéro-externe, mais non externe et plantaire.

Aussi avons-nous cru devoir réserver au mode opératoire décrit plus haut l'appellation de procédé de Baudens-Rochet, associant ainsi le nom du chirurgien qui nous paraît l'avoir le premier mis en œuvre au nom de celui qui est venu en préciser le manuel opératoire et les indications, et en publier trois observations.

CHAPITRE III

Indications et résultats.

En nous attachant à décrire l'opération à lambeau plantaire externe, nous n'avons certes pas la prétention de l'opposer ni au procédé à lambeau talonnier de Syme-Ollier ni aux procédés plus ou moins variés dans les détails qu'on décrit sous le nom de Jules Roux. Ceci, nous devons le déclarer de suite et hautement, sans cela notre travail ne serait pas soutenable.

Discuté à juste titre en France où on lui reprochait sa difficulté d'exécution et un sphacèle relativement fréquent des téguments talonniers, le premier a définitivement conquis la place prépondérante le jour où le professeur Ollier est venu le compléter et le métamorphoser pour ainsi dire. En appliquant à ce cas particulier sa méthode générale de décortication périostique, l'illustre chirurgien lyonnais a fait du procédé de Syme : 1° une opération beaucoup plus facile ; 2° une opération à résultats à peu près constamment excellents.

Le procédé de Jules Roux est trop connu et dans son exécution et dans ses résultats pour que nous nous attardions à le discuter.

Mais, en dehors de ces deux procédés de choix, nous venons affirmer que les procédés dits *de nécessité* peuvent fournir de bons moignons. Ces opérations un peu dédaignées méritent d'être davantage mises en lumière. Pour être, vis-à-vis des procédés de choix, des opérations de nécessité, ce ne sont pas des pis aller.

Supposons par exemple un cas où, par suite de lésions cutanées, ni le Syme-Ollier ni le Jules Roux ne sont applicables. Nous nous trouvons en présence de trois opérations possibles¹ :

1° L'amputation totale du pied avec lambeau dorsal (Baudens, Poncet).

2° L'amputation totale du pied avec lambeau externe et plantaire (Baudens, Rochet).

3° L'opération de Solingen.

Les statistiques nous manquent pour apprécier la valeur relative des deux premières opérations. Nous savons seulement, d'après les faits de M. Poncet, que le lambeau dorsal peut donner d'excellents moignons. Les faits que nous relatons plus bas témoignent dans le même sens en faveur du lambeau externe et plantaire.

¹ Nous supposons, bien entendu, dans tout ce qui suit, qu'on a préalablement discuté et rejeté les diverses opérations conservatrices, soit les résections proprement dites, typiques ou atypiques, soit les différentes opérations ostéo-plastiques qu'on peut pratiquer dans la région du cou-de-pied. Nous envisagerons donc seulement les cas où on est forcé de faire *au moins* une désarticulation tibio-tarsienne.

Nous estimons qu'en présence de cas peu nombreux, et dans lesquels les résultats ont d'ailleurs été à peu près les mêmes, il n'est guère possible de se prononcer sur la valeur relative de ces deux modes opératoires. Mais restreignons davantage encore. Il est des cas (voir obs. II et III) où les altérations des parties molles ne laissent d'étoffe saine qu'à la face externe et à la partie la plus reculée de la plante. La question ne se pose plus ici qu'entre deux choses :

Ou la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé plantaire externe.

Ou une amputation de jambe, pour le cas particulier, l'amputation intra ou sus-malléolaire.

Ici, il importe d'établir, avant d'aller plus loin, une distinction essentielle. Ce qui, pour nous, constitue la différence fondamentale entre ces deux opérations, ce n'est pas la hauteur à laquelle le squelette est divisé, c'est la région où on emprunte le lambeau. Toutes les fois qu'on peut prendre *au pied* lui-même un lambeau bien étoffé, on a une amputation du pied et non une sus-malléolaire, alors même que l'état des os aurait forcé à porter la scie à plusieurs centimètres au-dessus de l'interligne. Au contraire la caractéristique de l'amputation sus-malléolaire, même des procédés qui, comme le Guyon ou le Marcellin Duval, sont devenus classiques, c'est précisément de n'avoir que des téguments empruntés à la partie inférieure de la jambe plutôt qu'au pied lui-même, c'est-à-dire à une région à peau mauvaise et mal nourrie. Pour avoir en pareil cas un lambeau un peu étoffé, il faut s'éloigner beaucoup de l'articulation, se rapprocher de l'amputation de jambe à la partie moyenne. Encore n'obtiendra-t-on pas à ce prix un

moignon supérieur à celui qu'eût fourni une amputation du pied à lambeau plantaire et externe et on aura perdu une longueur considérable de jambe, longueur si importante si on veut faire marcher l'opéré sur l'extrémité même du moignon. Mais, pratiquée dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'interligne, l'amputation sus-malléolaire offre ce vice rédhibitoire de fournir le plus souvent des moignons incapables de supporter directement et intégralement les pressions de la marche. Par suite, si le malade veut utiliser son moignon, il devra recourir à des appareils prothétiques coûteux et compliqués construits par exemple sur le modèle de ceux Mille d'Aix ou de F. Martin. Même à ce prix, il ne sera pas à l'abri des mille inconvénients de la conicité secondaire. Il est des moignons si sensibles que le malade préfère renoncer tout simplement aux bénéfices de sa jambe conservée pour adopter un pilon à la façon d'un amputé au lieu d'élection. (Voir obs. V et VI.)

Outre cet inconvénient majeur, l'amputation sus-malléolaire a, chez les enfants, celui de supprimer les cartilages de conjugaison inférieurs de la jambe et d'accroître d'autant la difformité. Enfin, on peut lui reprocher encore, à mesure qu'on s'élève vers le milieu de la jambe, de fournir une base de sustentation osseuse de plus en plus grêle.

Mettons en présence de ces résultats ceux que fournit le procédé plantaire externe.

Par suite de la taille même du lambeau, c'est en grande partie sur de la peau empruntée à la plante, c'est-à-dire à une région où les téguments sont épais et habitués aux pressions, que le malade devra marcher. La cicatrice se trouve reportée à la partie tout à fait interne, comme il

est facile de s'en assurer par l'examen des figures 2 et 3. L'extrémité du membre, arrondie et renflée, amplement matelassée, insensible aux chocs, semble faite exprès pour porter le poids du corps. Les craintes théoriques que l'anatomie avait pu faire concevoir au sujet de la vitalité du lambeau à cause de la peau externe mince, et peu vasculaire, n'ont pas été jusqu'ici ratifiées par la pratique.

Ce moignon, ainsi indolore et résistant, s'accommode fort bien d'un appareil prothétique des plus simples, par exemple d'une bottine rembourrée dans le genre de celle que Brugueirolle décrit dans sa thèse, ou de ceux qu'on met ordinairement après l'amputation d'Ollier-Syme.

Enfin, considération de quelque valeur, quand les os sont en bon état, la désarticulation tibio-tarsienne fait perdre à l'opéré une longueur de membre moindre et permet de conserver le cartilage de conjugaison.

En résumé, d'un part, mauvais moignon, prothèse difficile et coûteuse, raccourcissement notable;

D'autre part, bon moignon, prothèse simple, raccourcissement de la jambe presque nul; tel nous paraît être en quelques mots le bilan des deux opérations que nous venons de comparer.

L'énoncer, c'est dire à quelle conclusion nous nous arrêtons. *Lorsque, dans une affection du pied, la conservation, même partielle, de ce segment est impossible, c'est à la désarticulation tibio-tarsienne qu'il faut recourir de préférence à l'amputation sus-malléolaire, alors même qu'on ne trouverait de lambeaux ni en arrière (Syme), ni en dedans (Roux), ni en avant (Poncet), à condition cependant qu'une bonne partie de la plante du talon soit saine et utilisable.*

Nous laissons au lecteur le soin d'appliquer ces principes aux divers cas qui peuvent se présenter dans la pratique : tuberculoses locales, tumeurs, brûlures, traumatismes, etc... Ceci est affaire de clinicien et la clinique s'accommode mal de règles préétablies et rigoureuses.

CHAPITRE IV

Observations cliniques.

Nous donnons dans ce chapitre d'abord l'observation de Baudens, puis cinq observations, toutes cinq à M. le professeur agrégé Rochet.

De ces cinq observations, trois sont relatives à des cas de désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Baudens-Rochet ; les deux dernières se rapportent à des amputés sus-malléolaires qui ont dû plus tard réclamer l'amputation de jambe au lieu d'élection.

OBSERVATION I

(Baudens, *Gaz. des hôp.*, 1848.)

D..., soldat d'artillerie au 6^e régiment, trente-sept ans, d'une constitution altérée par l'abus des liqueurs alcooliques et par un écoulement abondant de pus à travers six trajets fistuleux ouverts à la face interne et dorsale du pied droit, fut admis au Val-de-Grâce au mois d'octobre 1847.

Il raconte que, deux ans auparavant, il a eu une entorse dont n'ont pu triompher les sangsues, les cataplasmes ni même les eaux thermales de Bourbonne, d'où il arrive. Un stylet introduit dans les trajets fistuleux permet de reconnaître une carie avancée des os du tarse, y compris le calcanéum ; les téguments de la face interne et de la région dorsale du pied, siège des fistules, sont si engorgés et si profondément altérés qu'il ne faut pas songer à y prendre les lambeaux destinés à couvrir le moignon après l'amputation tibio-tarsienne projetée ; les parties molles plantaire et latérale externe sont seules saines, seules elles peuvent fournir le lambeau nécessaire.

Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce était fort préoccupé de la gangrène possible du lambeau pris dans cette région. Afin de faire la part d'une mortification partielle et pour en diminuer le danger, il a donné au lambeau externe et plantaire la forme d'un étrier arabe, ces larges dimensions devant assurer sa nutrition et permettre au besoin une perte partielle sans inconvénient pour le résultat de l'opération. Ayant remarqué qu'au niveau de la malléole externe la peau est très mince, et que la disséquer à ce niveau pour la faire remonter au-dessus des malléoles, c'était lui faire courir de grandes chances de gangrène, M. Baudens eut la pensée ingénieuse de conserver les deux malléoles et de scier un peu au-dessous de la malléole externe la portion excédante du scaphoïde de manière à conserver toute la portion de cet os comprise entre les malléoles et donnant insertion aux ligaments inter-osseux et latéraux. La poulie astragaliennne étant ainsi conservée, on évite de scier les malléoles et il en résulte une large surface osseuse plane favorable à la sustentation. Cette portion de l'astragale, laissée en place forme avec les extrémités articulaires du tibia et du péroné une brisure articulaire susceptible de décomposer le mouvement et fort importante pour la marche.

Après bien des essais sur le cadavre, voici le procédé auquel M. Baudens s'est définitivement arrêté et qu'il a exécuté le 12 janvier 1848, en présence de MM. Pinel-Grandchamp, Rognetta et de MM. les professeurs et élèves du Val-de-Grâce, sur le

malade préalablement rendu insensible par l'action du chloroforme.

Tandis que, d'après son premier procédé opératoire, M. Baudens découpe un lambeau en forme de guêtre sur la région dorsale du pied, dans son deuxième procédé, il prend à la face plantaire et latérale externe ou interne du pied, selon l'altération des téguments, un lambeau de la forme d'un très large sous-pied étendu de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien dont la saillie est facile à reconnaître, jusqu'à la pointe du talon. Ce lambeau comprend toutes les parties molles, y compris la masse musculaire, jusqu'au squelette de la voûte plantaire.

Il était à craindre que les muscles, et notamment le court fléchisseur des orteils, privés de leurs insertions et compris dans l'épaisseur de ce sous-pied, ne tombassent en gangrène. M. Baudens était rassuré parce que le muscle pédieux, entrant dans la guêtre de son premier procédé, a toujours continué de vivre, quoique privé de son attache supérieure. Nous verrons que M. Baudens avait également bien jugé dans le cas actuel.

(Ici se place le tracé de l'incision telle que nous l'avons décrit au chapitre I.)

La compression des artères étant préalablement bien établie sur trois points à la fois, au pli de l'aîne, au jarret et au-dessus des malléoles pour la rendre plus efficace avec une compression partielle moins énergique et partant moins douloureuse, M. Baudens fait avec le couteau, à la face plantaire du pied, une incision transversale profonde jusqu'aux os, allant de la saillie de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse à l'articulation cunéo-scaphoïdienne; le couteau est ensuite ramené d'arrière en avant en plongeant jusqu'au tissu osseux sur la ligne qui sépare la région plantaire de la face latérale interne du pied à partir de l'extrémité la plus reculée de la face interne du calcaneum jusqu'à la saillie du premier os du métatarse pour isoler le lambeau sous-pied.

Ce lambeau, ainsi circonscrit, est rapidement disséqué et détaché de la voûte plantaire en lui conservant le plus d'épaisseur possible. M. Baudens porte alors le couteau sur la face interne du calcaneum, le ramène d'arrière en avant, en passant au-dessous de

la malléole interne et de là sur le dos du pied, à deux travers de doigt au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne pour s'arrêter à la saillie de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, sur la limite externe et antérieure du lambeau sous-pied ; il achève ensuite la dissection de ce lambeau, qu'il relève assez haut pour mettre à découvert la face externe de l'astragale. La scie, posée sur le corps de cet os et un peu au-dessous de la malléole externe, le sépare en deux portions, dont l'une reste attachée aux malléoles, et l'opération est terminée.

L. Baudens reconnut alors que l'angle de la malléole était carié. Il n'y avait pas à hésiter, et, sans désemparer, il retrancha les deux malléoles d'un coup de scie, en enlevant en même temps la portion de l'astragale qui avait été conservée.

Grâce au chloroforme le malade n'a éprouvé que de très légères souffrances ; la perte de sang a été à peu près nulle. Une ligature sur l'artère tibiale postérieure, la torsion de trois autres artérioles ont suffi pour arrêter l'écoulement sanguin.

La réaction traumatique fut très modérée ; une mortification de la largeur de 2 centimètres eut lieu au pourtour du lambeau étrier et comme ce lambeau avait des dimensions un peu exagérées, il a suffi de le faire glisser par une douce pression pour masquer tout le moignon et le rendre suffisant.

Trente jours après l'opération, la cicatrice est parfaite ; l'amputé commence à faire supporter à son moignon le poids de son corps sans éprouver de douleur. Nul doute que bientôt il ne puisse, à l'aide d'une bottine d'un prix modique, marcher sans difficulté et dissimuler son infirmité.

Quant à la valeur comparative des deux procédés opératoires de M. Baudens, sans vouloir le préciser d'une manière absolue, et en attendant un plus grand nombre de faits, M. Baudens tend à croire que, par le lambeau dorsal, on évitera bien plus sûrement la gangrène partielle ; mais en revanche, il tend à penser que le lambeau plantaire sera plus favorable à la sustentation et à la marche.

Dans une lettre publique écrite le 28 juillet 1848, dans

la *Gazette des Hôpitaux* (n° 87, p. 350), Baudens ajoute :

« Aujourd'hui, nous sommes heureux de pouvoir ajouter que notre opéré marche avec une étonnante facilité en faisant porter sur son moignon tout le poids de son corps. »

Nous avons tenu à reproduire à peu près *in extenso* l'observation du chirurgien du Val-de-Grâce, non seulement à cause des aperçus fort intéressants qu'elle renferme, mais aussi pour qu'on pût se faire une opinion précise sur sa manière d'opérer.

OBSERVATION II.

R..., douze ans.

Début de l'affection, il y a quatre ans, par une ostéite tuberculeuse du tarse antérieur. Malgré les interventions partielles (raclage, curettage, thermocautérisation), les lésions faisaient toujours des progrès.

En février 1894, l'enfant fut examiné pour la première fois à l'Antiquaille. Voici quel était à ce moment son état :

Peau rouge sombre, œdématiée, avec gonflement assez considérable des parties molles sur le dos du pied et jusqu'à un travers de doigt environ en avant de l'interligne tibio-tarsien. Cicatrices de fistules à demi guéries et une fistule en activité encore au niveau du 1^{er} cunéiforme. La tuméfaction et la rougeur de la peau s'étendaient beaucoup plus loin sur la partie interne du pied et des fistules se montraient immédiatement sous la malléole interne et aussi plus bas au niveau de la gouttière calcanéenne.

En dehors, les téguments étaient restés souples et paraissaient sains. Le talon aussi était sain sur ses faces plantaire et externe.

Il était impossible de songer à autre chose qu'à une ablation totale du pied ou à une amputation intra-malléolaire. Pour pratiquer la première, il n'y avait ni étoffe antérieure ni étoffe interne. C'est pour cela qu'on songea à utiliser la face externe de la portion

plantaire du talon plutôt que d'amputer l'extrémité inférieure de la jambe.

Les suites opératoires de la désarticulation faite avec le lambeau plantaire externe furent très simples et la réunion par première intention eut lieu rapidement. Mais au bout d'une quinzaine de

FIG. 2.

Moignon d'amputation à lambeau plantaire et externe. Face antéro-interne.
(Moulage en plâtre)

jours, un petit abcès se forma dans le lambeau talonnier et la ligne de suture se désunit un peu sur sa partie interne. L'abcès fut ouvert et drainé par le sommet du moignon ; le stylet conduisait sur un point dénudé et malade du plateau tibial passé inaperçu lors de la désarticulation. Au bout d'un mois, le drain fut enlevé ; la

guérison survint alors complète et se maintient encore actuellement (douze mois après l'opération).

OBSERVATION III

Enfant de neuf ans, nettement scrofuleux; a déjà eu d'autres ostéites (avant-bras malade).

Le début de l'affection osseuse du pied remonte à deux ans environ. Il reçut à ce moment à la campagne des soins empiriques à l'aide de pommades, d'emplâtres, etc.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on ne peut songer à discuter la conservation du pied. La face dorsale, depuis l'interligne tarso-métatarsien jusqu'au voisinage du cou-de-pied, est considérablement tuméfiée et criblée de fistules. En n'importe quel point, le stylet pénètre comme dans du beurre dans le squelette du pied. Deux ulcérations fongueuses, bourgeonnantes, existent à la partie interne de l'arrière-pied et paraissent correspondre à l'ouverture spontanée d'une synovite fongueuse suppurée des tendons rétro-et sous-malléolaires.

L'état général commence à périliter. L'enfant est pâle, amaigri et ne mange pas. L'auscultation des poumons n'y révèle pourtant aucun signe suspect et le malade ne présente pas de fièvre le soir. L'amputation tibio-tarsienne est pratiquée avec le lambeau plantaire et externe.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier et le petit malade fut complètement guéri au bout de vingt jours.

La famille tint à lui faire porter un faux-pied. Il marchait donc avec un appareil auquel s'adaptait une bottine remplaçant et simulant le pied normal.

L'opéré a été revu quinze mois après l'intervention. Le moignon est souple, non adhérent, absolument analogue à celui d'une désarticulation sous-périostée d'Ollier. En aucun point le moignon ne présente ni excoriation ni sensibilité anormale.

L'état général est devenu très satisfaisant.

OBSERVATION IV

A.. (Alexandre), dix ans, né à Fournaux, près Modane.

Père et mère en bonne santé, quatre frères ou sœurs bien portants, une sœur morte à deux mois de maladie indéterminée.

FIG. 3.

A. — Alexandre. — Moignon. — Face antérieure.
(Moulage de plâtre).

L'affection actuelle a débuté il y a un an où il eut un traumatisme du pied. La douleur persista pendant un mois. A ce moment il recourut aux soins d'un rebouteur qui, raconte-t-il, échoua dans

ses tentatives de massage. Il s'en fut alors chez un autre qui réussit, dit-il, à lui arranger son pied.

Quoi qu'il en soit, deux mois plus tard, l'avant-pied se tuméfia, la peau devint rouge et bientôt après du pus s'écoula, laissant des ouvertures fistuleuses. Un médecin consulté se contenta d'ouvrir l'abcès. L'état resta à peu près stationnaire jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Le pied gauche était à ce moment gonflé, rouge, couvert dans toute sa partie antéro-interne par des trajets fistuleux en activité. En outre, la partie interne était le siège d'un gros abcès.

Le 15 juin 1894, on pratique l'amputation par lambeau externe et plantaire. La figure 3, ci-contre, montre le résultat obtenu après cicatrisation.

OBSERVATION V

Malade ayant subi six ans auparavant une amputation sus-malléolaire avec simple manchette cutanée.

A porté un appareil prothétique avec pièce artificielle pour marcher sur l'extrémité terminale de son moignon. En réalité, n'est jamais resté longtemps sans souffrir de ce dernier. Il ne pouvait fournir une course tant soit peu longue sans que le moignon ne s'enflammât et ne devînt douloureux. Quand il vint trouver M. Rochet, la peau en était tendue, lisse, d'une minceur assez considérable au niveau de la partie interne du tibia. En ce point, la peau adhérait à l'os par sa face profonde. Cependant le moignon n'avait, au dire du malade, jamais suppuré; et de fait, on ne voyait là aucune trace d'abcès ni de fistule. Devant l'affirmation du malade déclarant qu'il ne pouvait pas se servir utilement de ce moignon pour l'appui direct, l'amputation au lieu d'élection fut proposée et aussitôt acceptée.

OBSERVATION VI

Malade opéré quelques années auparavant par un chirurgien de Lausanne (Suisse). L'amputation avait été pratiquée à trois ou quatre travers de doigt au-dessus des malléoles et par un procédé ayant donné une cicatrice termino-latérale.

Le moignon n'avait pas suppuré, l'étoffe en paraissait bien fournie. Et cependant le malade était incapable de faire une marche prolongée, bien que son appareil prothétique prit son point d'appui non sur l'extrémité terminale du moignon, mais sur toute la périphérie de la jambe. Aussi l'opéré avait-il, en fin de compte, renoncé à son appareil pour marcher en s'appuyant sur son genou comme après une amputation au lieu d'élection, mais le long moignon qui débordait en arrière du pilon accrochait au passage les objets et les personnes ; et le malade était venu à l'hôpital pour qu'on le débarrassât de cet appendice gênant.

M. Rochet ayant sur ces entrefaites quitté le service, le malade fut perdu de vue.

CONCLUSIONS

I. Le procédé de choix pour l'amputation tibio tarsienne est incontestablement le procédé d'Ollier-Syme ou, à son défaut, celui de J. Roux.

II. Quant les lésions des téguments rendent ces deux procédés inapplicables, on a, suivant le cas, le choix entre le lambeau dorsal (Baudens, Poncet) et le lambeau externe et plantaire (Baudens, Rochet).

III. Les avantages du premier ont été mis en lumière par Poncet; le dernier est également susceptible de fournir un moignon bien matelassé, vivace, insensible à la pression et s'accommodant bien d'une simple bottine avec jambièrre.

IV. Il mérite donc d'être conservé comme procédé de nécessité et d'être toujours et beaucoup préféré à l'amputation sus-malléolaire, telle que nous l'avons définie et qui offre ce double inconvénient ;

a) De donner des moignons mal étoffés, impropres à supporter directement les pressions de la marche.

b) D'exiger par suite à peu près toujours un appareil prothétique coûteux et compliqué, et encore ces appareils sont-ils parfois impossibles à supporter.

V. On ne recourra donc à l'amputation sus-mal-léolaire que lorsqu'on ne pourra prendre nulle part d'étoffe le sur pied.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (M.)

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

